

**فرم اطلاعات پزشکان درمان متقاضی اشتغال در مراکز آموزشی درمانی**

نام و نام خانوادگی پزشک:	شماره نظام پزشکی:
عنوان تخصصی:	دارای فلو / فوق در رشته:
نام دانشگاه تحصیلات تخصصی و فوق تخصصی:	سال فراغت از تحصیلات تخصصی / فوق تخصصی:
دارای دانشنامه تخصصی: بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>	شماره تماس:
تعهدات تمام شده است بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>	شروع تعهدات: خاتمه تعهدات:

**سوابق قبلی**

**سوابق علمی / آموزشی:**

- ..... ➤
- ..... ➤
- ..... ➤
- ..... ➤

**سوابق پژوهشی:**

- ..... ➤
- ..... ➤
- ..... ➤
- ..... ➤

**سوابق اجرایی / مدیریتی:**

- ..... ➤
- ..... ➤
- ..... ➤
- ..... ➤

**سوابق فعالیت های درمانی و تعهدات درمانی از زمان فراغت از تحصیلات تخصصی تاکنون:**

- ..... ➤
- ..... ➤
- ..... ➤
- ..... ➤

**وظیفه پیش بینی شده در مرکز (درمانی-آموزشی یا درمانی):**

- ..... ➤

**محل امضاء**

**رئیس مرکز:**

**معاون درمان مرکز:**

**معاون آموزشی مرکز:**

**مدیر گروه / رئیس بخش:**

.....

.....

.....

.....